

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/12/19/2824
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SWAPAN SWARNAKAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
65

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BATO SWARNAKAR
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HOTILAL SEN LANE, NARAYAN DANGA,
KOLKATA 70001, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X 12 = 25200/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्या है या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SWAPAN SWARNAKAR	65	M	SELF
2.	KHATI SWARNAKAR	32	M	SON
3.	RISNATI SWARNAKAR	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

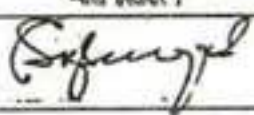
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STIC + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इत धोरण करः) 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation. 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me. 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested. 1) मैं धोरण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं रूपन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इससे सहमत हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा कोई भी रिश्तेदार, इस मदद का अंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लेगा और न ही भविष्य में लूगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत करतः) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested. 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने स्वामी के रूप में पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कॉशिका" द्वारा स्वामी, घर, सम्पत्ति आदि उद्देश्य के मुद्दे पर विज्ञापित और वितरित करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है। 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, उसके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप 		
AGREEMENT by HOSPITAL. (हस्पताल इत करतः) By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following: 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. इससे अधिकृत, इस्तेमाल की ओर से चिकित्सा केन्द्र को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) वित्त प्रसार से लाभ नहीं स्वीकार करते हैं। 1) यह कि हम जो सहायता और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं लेते हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अंशिक/संपूर्ण हेतु प्रारंभ नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय प्रसार उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा। 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रारंभ की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रूपन नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुल्क और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/12/2019	Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. 79555 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Anshu Dey Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 